WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

Nr 1 · 1940

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XI 1940 NUMER 1

E. HEISCHKEL.

LECZENIE RZEŻĄCZKI ULIRONEM

Dane historyczne.

(Ref. Hdb. exp. Pharm. 1934, III. 3 i inne).

Srebro, będące starodawnym środkiem płatniczym (3000 l. prz. Chr.) zaczęto stosować w lecznictwie dopiero od niedawna. W początkach 19. stulecia po raz pierwszy użyto soli srebrowych do miejscowego leczenia rzeżączki; zastosowali je około 1840 r. pierwsi *Johnston, Bartlett* i prawdopodobnie *Vidal de Cassis.* Z chwilą wykrycia (pod koniec 19. wieku) gonokoków, sole srebra znalazły tu ogólne i wyłączne zastosowanie. W ciągu następnych długich dziesięcioleci zadawalano się nimi, chociaż wyniki nawet najlepszych przetworów srebrowych nie zawsze były zadawalające. W ostatnim dziesięcioleciu zaczęto wobec tego poszukiwać nowych możliwości leczenia rzeżączki; a bodźcem do tego stały się m. in. wprowadzone przez *Behringa* metody czynnego i biernego uodporniania ustroju.

Stosowanie szczepionek gonokokowych nie straciło i dzisiaj tego znaczenia, nie może jednak samo spowodować zupełnego wyleczenia. Uzasadnione okazało się także przypuszczenie, że silnie żrące działanie soli srebrowych tak dalece zmniejsza odporność błon śluzowych, że wyleczenie staje się niemożliwe. Nie udały się próby uczulania chorych, leczonych na rzeżączkę, drogą odradzania błon śluzowych przy pomocy dodatnio działających na nabłonek przetworów szeregu azotoluenowego. Dwanaście lat temu pokładano duże nadzieje w leczeniu akrydynowym: dożylne wstrzyknięcie Trypaflaviny, następnie stosowanie Trypaflaviny miejscowo. Uzyskano pewne wyniki w poszczególnych przypadkach, a dodatnie wyniki leczenia miejscowego skłoniły lekarzy do używania Flavadiny, oddającej doskonałe usługi w leczeniu zapalenia szyjki macicznej. Nie można jednak było mówić o możliwości wyleczenia każdego przypadku. Leczenie bodźcowe, leczenie zimnicą albo starsze leki, jak Kawa-Kawa lub olejek sandałowy, nie zawsze dostatecznie współdziałały ze sreb-

rem. Nic też dziwnego, że chciano już rezygnować z tej metody leczniczej, uważając za bezsensowne wypróbowywanie coraz to nowych przetworów i będąc zdania, że raczej należy dążyć do rozbudowy dawnego leczenia dobrymi przetworami srebra, jak np. Protargolem. W dotychczasowych pracach uzyskano pewne wyniki, nie zdołano jednak doprowadzić do żadnego przewrotu w dotychczasowej metodzie leczenia srebrem. W tych warunkach zwrócił *Schreuss* uwagę (D. M. W. 1935, 7,256), że nowy środek, Prontosil, wywiera pewne, choć jeszcze nie wystarczające działanie na rzeżączkę. Chemiczne i doświadczalne badanie powyższego zagadnienia doprowadziło do odkrycia Ulironu; lecznicze znaczenie tego przetworu w rzeżączce opisał po raz pierwszy *Grütz* (M. M. W. 1937, Nr. 31).

Dane chemiczno-lecznicze.

Prof. Dr G. Domagk. I. G. Farbenindustrie A. G. Elberfeld. (Klin. Wschr. 1937, Nr. 41).

Doświadczenia nad zwierzętami dowiodły, że Uliron jest jeszcze lepiej znoszony niż Prontosil. Króliki znoszą nawet do 5 g na kg. Wyższe dawki powodują podwyższenie ciepłoty. Przewlekłe podawanie tego leku nie wywołuje żadnych zaburzeń. Na gronkowce działa Uliron silniej od Prontosilu; jeżeli w 2 i pół godziny po dootrzewnym zakażeniu myszy gronkowcami podano im doustnie od 0,5—1 cm^3 0,1—2% roztworu Ulironu, to w 3 doświadczeniach pozostawało przy życiu 68,7%, 81% i 87% myszy, podczas gdy w badaniach kontrolnych z nieleczonych myszy nie zdechło tylko 8,3%. Najmniejsza dawka czynna odpowiadała 1/40 dawki maksymalnej. U śródżylnie lub śródmięśniowo zakażonych paciorkowcami królików czynna dawka Ulironu wynosiła od 25—200 mg; najlepiej działał Uliron podany w 4 godziny po zakażeniu. Działanie Ulironu na zwierzęta nasunęło przypuszczenie, że podobne wyniki będzie można otrzymać także w przypadkach zakażeń gronkowcami u ludzi. Uliron działa również na beztlenowce (prątek zgorzeli gazowej, *Bac. Fraenkla*, prątek szelestnicy). Myszy i świnki morskie zakażone prątkiem szelestnicy zwykle giną w ciągu 24 godzin; wszystkie myszy, poddane leczeniu Ulironem na krótko przed albo po zakażeniu, zostały uratowane nawet w tych przypadkach, w których otrzymały zaledwie 1/16 dawki tolerancyjnej. Leczenie należy przeprowadzać jaknajszybciej po zakażeniu, co zapewne odnosić się powinno również do leczenia ludzi. Na zakażenia B. perfringens działa Uliron słabiej, niż na zakażenia prątkiem szelestnicy. Zakażenie zwierząt gonokokami nie wywołuje zasadniczo osiadania zarazków; gonokoki zachowują się w ustroju zwierzęcym raczej jak saprofity. W niektórych doświadczeniach udało się drogą doust-

nego stosowania Ulironu spowodować szybkie zniknięcie dootrzewnie zaszczepionych zwierzętom gonokoków. Doświadczenia te wykazały bezsprzeczne działanie tego środka na gonokoki, którego nie można było uzyskać podawaniem związków Prontosilu.

Schemat leczenia.

W celu znalezienia najodpowiedniejszego i najłatwiejszego do znoszenia sposobu podawania Ulironu przeprowadzono długotrwałe badania, w wyniku których otrzymano niżej podany schemat dawkowania. O ile w szczegółach występuje jeszcze pewna rozbieżność poglądów, to zasada leczenia — leczenie dawkami maksymalnymi z dłuższymi przerwami — jest ogólnie przyjęta. Leczenie dawką maksymalną rozpoczyna się przez podawanie Ulironu w ciągu 3—4 dni, następnie przerywa się je najmniej na przeciąg 6, a lepiej 8 dni; następnie, o ile zachodzi potrzeba, stosuje się drugie leczenia dawką maksymalną. Jedno leczenie dawką maksymalną nie może przekraczać ogólnej dawki 12 g, w poszczególnych przypadkach najwyżej 15 g. Za wysokie dawki, względnie za krótkie przerwy, mogą szkodzić ustrojowi! W czasie leczenia Ulironem należy unikać wysiłków fizycznych, podobnie jak to nakazywały dawniejsze metody leczenia rzeżączki.

A) Rzeżączka u mężczyzn.

I. Rzeżączka świeża: co do wartości leczenia Ulironem przypadków świeżej rzeżączki (okres zakażenia do 14 dni) zdania są dotychczas podzielone. Chociaż niektórzy lekarze przestrzegają przed stosowaniem w tym okresie leczenia chemicznego, a zalecają raczej doczekanie się 12. dnia zakażenia, podając w międzyczasie szczepionki lub stosując przepłukiwanie metodą *Janeta*, odzywają się coraz liczniejsze głosy, zalecające także w przypadkach świeżej rzeżączki rozpoczynanie leczenia Ulironem (przez 4 dni po 3×2 tabletki albo przez 3 dni po 4×2 tabletki, możliwie po posiłkach (leczenie dawką maksymalną).

Pierwsze leczenie dawką maksymalną prowadzi często do zniknięcia gonokoków; wskazane jest jednak w celu zabezpieczenia działania pierwszego leczenia dawką maksymalną, przeprowadzenie po 6—8 dniowej przerwie drugiego leczenia dawką maksymalną. Prowokację, stosowaną w celu stwierdzenia wyleczenia, należy wykonać najwcześniej w kilka dni po ukończeniu drugiego leczenia dawką maksymalną (t. zn. mniej więcej w dwanaście dni po ukończeniu pierwszego leczenia, które spowodowało zniknięcie gonokoków).

Leczenie Ulironem daje o wiele lepsze wyniki, gdy się równocześnie stosuje przepłukiwania metodą *Janeta* — roztworem 1:10.000 nadmanganianu potasu. Niektórzy autorzy zalecają również stosowanie silnie rozcieńczonych roztworów srebra (Albargin 1:1000). Silne roztwory srebrowe nie są wskazane.

O ile pierwsze leczenie dawką maksymalną nie wywołało zniknięcia gonokoków, to dla dalszego leczenia isnieją dwie możliwości:

a) Po pierwszym, bezskutecznym leczeniu dawką maksymalną przeprowadza się po 6—8 dniowej przerwie drugie leczenie dawką maksymalną (4 dni po 3×2 tabletki

dziennie, albo 3 dni po 4×2 tabletki dziennie). Zarówno w ciągu przerwy jak też w czasie leczenia dawką maksymalną, należy zastosować wzmiankowane powyżej przepłukiwania. W razie potrzeby można po powtórnej 6—8 dniowej przerwie przeprowadzić trzecie leczenie dawką maksymalną (4 dni po 3×2 tabletki dziennie albo 3 dni po 4×2 tabletki dziennie).

b) Najpierw przeprowadza się leczenie szczepionką gonokokową. *Schreus* (Med. Welt 1938, Nr. 1) zaleca następujący sposób postępowania:

1. dzień 500 mil. zarazków domięśniowo
2. dzień 50 mil. zarazków dożylnie
3. dzień 1000 mil. zarazków domięśniowo
4. dzień 100 mil. zarazków dożylnie
5. dzień 2000 mil. zarazków domięśniowo
6. dzień 200 mil. zarazków dożylnie.

Następnie, t. zn. mniej więcej ósmego dnia po ukończeniu pierwszego leczenia, rozpoczyna się drugie leczenie dawką maksymalną. W przypadkach uporczywych otrzymywano wyleczenie po powtórnym przeprowadzeniu leczenia szczepionkowego i połączonym z nim trzecim leczeniem dawką maksymalną.

Prowokację można wykonać dopiero w 10 — 12 dni po stwierdzeniu „zniknięcia gonokoków".

II. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń można twierdzić, że na leczenie Ulironem lepiej oddziaływują przypadki rzeżączki ostrej, starszej i przewlekłej, niż rzeżączki świeżej, a dodatnie wyniki otrzymuje się również w przypadkach rzeżączki powikłanej zapaleniem najądrzy, gruczołu krokowego, stawów i t. p.

Leczenie dawką maksymalną należy rozpoczynać codziennym podawaniem przez 4 dni po 3×2 tabletki Ulironu albo przez 3 dni po 4×2 tabletki. O ile po pierwszym leczeniu dawką maksymalną wynik badania na obecność gonokoków jest dodatni, stosuje się, po przerwie 6—8 dniowej, drugie leczenie, podając przez 4 dni 3×2 tabletki albo przez 3 dni 4×2 tabletki Ulironu.

W przypadkach opornych można na podstawie klinicznych spostrzeżeń zastosować po przerwie 6—8 dniowej trzecie leczenie dawką maksymalną, trwające od 3—4 dni.

Liczni autorzy zalecają w przypadkach opornych na leczenie i w przypadkach przewlekłych, skłonnych do nawrotów, stosowanie w przerwach między dawkami maksymalnymi leczenia szczepionkami.

Również zaleca się ogólne stosowanie w przypadkach rzeżączki męskiej, w czasie leczenia Ulironem i w przerwach między leczeniem, płukań metodą *Janeta*, roztworem nadmanganianu potasu 1:10.000 (czasami 1:5000 albo 1:20.00o) albo roztworem Albarginy 1:1000.

B) Rzeżączka kobieca:

I. *Rzeżączka świeża:* ponieważ ilość przypadków świeżej rzeżączki kobiecej, poddającej się leczeniu, jest znikoma, ułożenie schematu leczenia jest wobec nielicznych spostrzeżeń niemożliwe.

I. *Rzeżączka starsza:* należy ją poddawać leczeniu dawką maksymalną, podając 4 dni 3×2 tabletki dziennie Ulironu; pierwsze leczenie dawką maksymalną daje bardzo często wyleczenie. Dla zabezpieczenia wyniku leczniczego pierwszego leczenia, względnie w celu dalszego leczenia przy bezskutecznym pierwszym leczeniu dawką maksymalną, należy po przerwie 6—8 dniowej zastosować drugie leczenie dawką maksymalną. W razie potrzeby może być przeprowadzone trzecie leczenie dawką maksymalną po powtórnej 6—8 dniowej przerwie.

Chorym niedożywionym i słabowitym należy dawki zmniejszyć. Uliron można podawać w okresie ciąży i w okresie poporodowym, tym bardziej, że przez długi czas przeciwwskazane jest tutaj leczenie miejscowe.

C) Zapalenie sromu i pochwy u dzieci:

Dzieciom podaje się przez 3 dni codziennie 6 razy po pół tabletki Ulironu; w razie bezskuteczności powtarza się leczenie po 8—10 dniach.

Zapobieganie:

Uliron nie nadaje się do stosowania zapobiegawczego.

O ile w pewnych przypadkach zbyt słabo występujące działanie wskazuje na trudności wchłaniania, należy podawać przetwór w połączeniu z zasadami (dwuwęglan sodu, woda sodowa), ponieważ Uliron rozpuszcza się w nadwyżce zasadowej.

Dr C. Fischer, Miejski Szpital, (Fortsch. Ther, 1937, z. 10).

Jednym z naczelnych zagadnień było dawkowanie. Występujące początkowo powikłania pozwoliły stwierdzić, że ujemne działanie na wynik leczniczy wywiera podawanie za dużych dawek pojedyńczych i za długie ich stosowanie. *Fischer* zalecił przed półtora rokiem krótkotrwałe leczenie dawką maksymalną oraz włączanie przerw w leczeniu. Zalecił następujące dawkowanie: dorosłym przez 3 dni codziennie 6 tabletek w odstępach mniej więcej dwugodzinnych, dzieciom 6 razy po pół tabletki. W razie ujemnego wyniku należy powtórzyć leczenie dawką maksymalną po upływie 8—10 dni. Te same wyniki otrzymywano przez podawanie 4 tabletek w ciągu 5 dni; przy podawaniu 6 tabletek również nie stwierdzono nigdy powikłań.

Dr G. Schmidt, Klinika Chorób Skórnych, Lipsk (Derm. Wo. 1938, Nr. 2).

W badaniach *Schmidta* stwierdza się zależność wyniku leczniczego od dawkowania. Początkowe wyniki ujemne zniknęły (występowały przy zbyt krótkich przerwach) od czasu, odkąd leczenie dawką maksymalną stosuje się w przerwach 5—6 dniowych.

Świeża rzeżączka.

Dr C. Fischer, Miejski Szpital, Wuppertal (Fortschr. Ther. 1937, z. 10).

Zdaniem *Fischera* świeża rzeżączka męska nie poddaje się leczeniu Ulironem. Najskuteczniejsze działanie spostrzega się w przypadkach niezupełnie świeżej rzeżączki, w których ustrój przygotowany jest do obrony, czyli że posiada dostateczną odporność.

Należy przypuszczać, że Uliron działa na układ śródbłonkowo-siateczkowy. W przypadkach świeżej rzeżączki męskiej — kobiety zgłaszają się o wiele później do leczenia — należy odczekać z podawaniem Ulironu 10—14 dni, aż do chwili wytworzenia się obronnych sił ustroju, stosując w międzyczasie lekkie przepłukiwania ($KMnO_4$), ustne dawki leków odkażających mocz, albo też próbować pobudzić i wzmocnić odporność za pomocą pozajelitowego podawania leków bodźcowych, szczepionek gonokokowych, stosowania wstrzyknięć krwi, surowicy, siarki, gorących kąpieli (do 50°), napromieniania. W podobny sposób należy również wzmacniać odporność chorych na rzeżączkę, którzy wskutek przebytej uprzednio choroby lub też z innych przyczyn, nie posiadają żadnych albo też znikome siły obronne.

Prof. Dr Schreus, Klinika chorób skórnych, Düsseldorf (Aerztebl. Rheinland 1937, t. 24).

Schreus jest również przeciwnikiem leczenia Ulironem świeżej rzeżączki.

Prof. Dr H. Felke, Szpital Miejski, Wiesbaden (M. M. W. 1937, 47).

W pewnych przypadkach świeżej rzeżączki, przebiegającej od początku w postaci podostrej, istnieją czasami widoki szybkiego wylecze-

nia, lecz w większości przypadków stwierdza się w dalszym ciągu mimo zniknięcia wycieku gonokoki. *Felke* zaleca w tych warunkach podawanie Ulironu wyłącznie po przeprowadzeniu trzytygodniowego leczenia miejscowego.

Dr M. Schubert, Klinika chorób skórnych, Frankfurt n. M. (Derm. Wschr. 1937, 49).

Schubert w przeciwieństwie do innych badaczy jest zdania, że każdą rzeżączkę, a więc i świeżą, należy natychmiast leczyć.

Dr Löhe i *Dr Wawersig*, Szpital Virchowa, Berlin (Derm. Wschr. 1938, 37).

O ile uwzględnimy badania krwi, wydaje się rzeczą wątpliwą, czy stosowanie leczenia szczepionką wpływa korzystnie na przebieg świeżej rzeżączki.

Dr L. W. Harrison, Londyn (Brit. med. Journ. 1938, Nr. 4044).

W sprawie leczenia Ulironem *Harrison* zajmuje podobne stanowisko jak *Felke, Grütz, Fischer* i *Schreus*. Według jego badań, przeprowadzonych na Jamaice wspólnie z *S. E. Ferreirą*, należy przeczekać przynajmniej 3 tygodnie zanim się rozpocznie leczenie Ulironem. W takim wypadku potrzebna jest względnie mała ilość Ulironu (4—5 dni leczenia), a toksyczne powikłania są bardzo rzadkie.

Zabiegi pomocnicze.

Prof. Dr H. T. Schreus.

W przypadkach świeżej rzeżączki, w której *Schreuss* odrzuca wyłączne leczenie Ulironem, zaleca on stosowanie szczepionki gonokokowej do chwili nadejścia okresu odpowiedniego do podawania Ulironu:

1. dzień	500	mil. zarazków	domięśniowo	4. dzień	100	mil.	zarazków	dożylnie
2. „	50	„ „	dożylnie	5. „	2000	„	„	domięśniowo
4. „	1000	„ „	domięśniowo	6. „	200	„	„	dożylnie

Potem następuje przerwa do 10. dnia. Od 11. do 13. dnia podaje *Schreuss* po 4 $\times$ 2 tabletki Ulironu. W ten sposób wyleczył każdy przypadek świeżej rzeżączki. Można więc tę metodę polecić do praktycznego stosowania. Miejscowego leczenia nie przeprowadza się. — W przypadkach rzeżączki starszej przeprowadza się natychmiast leczenie dawką maksymalną (3 dni po 4 g). O ile gonokoki nie znikną lub też o ile wystąpi nawrót, należy natychmiast zastosować szczepionkę gonokokową. Wtedy nastąpi wyleczenie, ale zdarza się również, że ustrój nie podda się leczeniu. W tych przypadkach należy zaniechać podawania Ulironu i stosować dawne leczenie miejscowe. Przypadki rzeżączki kobiecej i dziecięcej, przeważnie starsze, nadają się do natychmiastowego leczenia Ulironem.

Dr C. Fischer, Szpital Miejski, Wuppertal-Elberfeld (Zschr. ärztl. Fortbild. 1938, z. 12).

Świeża rzeżączka nie oddziaływuje zupełnie albo tylko w słabym stopniu na leczenie Ulironem. Pomimo, że czasami udaje się uzyskać wyleczenie świeżej rzeżączki przy pomocy pierwszego leczenia Ulironem, *Fischer* zaleca przeczekanie pierwszego okresu i stosowanie miejscowego leczenia. *Fischer* czeka mniej więcej tydzień, stosując w międzyczasie łagodne leczenie miejscowe. W rzeżączce podostrej Uliron daje szybko wyniki i usuwa powikłania. Badania *Fischera* wykazują, że leukocytoza sprzyja działaniu Ulironu. Spadek leukocytów, przy równoczesnym podwyższeniu limfocytów o 10—15% w czasie leczenia, zapowiada wyleczenie. Siły obronne ustroju pobudzić można przez wstrzyknięcie szczepionki gonokokowej, Omnadiny, własnej krwi, terpentyny i siarki koloidalnej. U chorych gruźliczych i sercowych zaleca się dużą ostrożność przy stosowaniu takich wstrzyknięć. Inni autorzy zalecają raczej naświetlania całkowite i gorące kąpiele. *Fischer* przestrzega przed miejscowym użyciem silnych roztworów srebra i zaleca przepłukiwania metodą *Janeta* — słabym roztworem nadmanganianu potasu oraz siarczku cynku. W pewnych warunkach można też stosować gorące przepłukiwania; u kobiet można nie stosować miejscowego leczenia. W rzeżączce przewlekłej, leczenie szczepionką gonokokową wspomaga wywołanie sztucznej gorączki, która stwarza dobre warunki dla działania Ulironu.

Rzeżączka przewlekła.

Przebieg leczenia rzeżączki Ulironem został dotychczas omówiony w około 200 pracach, tak, że tylko niektóre ostatnie publikacje mogą być tutaj pokrótce zreferowane. Obszerne referaty podaje *Spiethoff:* „Der öffentliche Gesundheitsdienst“ 1938, z. 7, 161 i D. M. W. 1938, Nr. 31.

Dr H. Löhe i *Dr Wawersig*, Szpital Virchowa, Berlin (Derm. Wschr. 1938, z. 37).

Badania *Löhego* obejmują około 586 chorych (269 mężczyzn, 304 kobiety i 13 dzieci). Dalszych 100 chorych znajduje się obecnie w leczeniu. Dobre wyniki lecznicze otrzymano przy pomocy następującego dawkowania: uprzednie „przestrojenie“ szczepionką gonokokową albo autohemoterapią, Gonarginą lub Omnadiną, następnie leczenie dawką maksymalną w ciągu 4 dni po 3 g Ulironu dziennie, ewentualnie powtórne „przestrojenie“ i druga maksymalna dawka Ulironu w ilości 12 g. U 102 mężczyzn i u 82 kobiet uzyskał *Löhe* po pierwszym leczeniu dawką maksymalną trwałe zniknięcie gonokoków w 81%, względnie w 78%.

Dr Bernhardt (Derm. Wschr. 1938, Nr. 29).

Jako przedwstępne leczenie *Bernhardt* zalecał 196 chorym rzeżączkowym przepłukiwania nadmanganianem potasu 1:6000, siarczanem cynku 1:1000 lub też Albarginą 1/4—1/2‰. W przewlekłej rzeżączce uzyskał metodą tą wyleczenie w 83%.

Dr C. Fischer, (Z. f. ärztl. Fortb. 1938, Nr. 12).

Fischer w dotychczasowych badaniach uzyskał wyleczenie po pierwszym stosowaniu dawki maksymalnej w 50—60% — pomimo to dla pewności wykonał drugie leczenie dawką maksymalną — oraz 20—30% dalszych wyleczeń po dwóch lub więcej leczeniach dawką maksymalną. Wyników ujemnych było około 20%.

Powikłania.

Dr H. Löhe, Dr K. Schölzke i *Dr D. Zürn,* Berlin (Med. Klin. 1938, Nr. 1).

Szczególnie uderzające wyniki otrzymano w zapaleniach stawów: bóle, zaczerwienienie i obrzęk ustępowały już w 5. dniu leczenia, tak, że chore stawy można było uruchomić.

Prof. Dr Scherber i *Dr Domes,* Wiedeń (W. M. W. 1937, Nr. 49—51).

U jednego chorego z żółtaczką rzeżączkową usunął Uliron powikłanie rzeżączkowe. Także w innych przypadkach powikłań rzeżączkowych, jak np. zapaleniu stercza, zapaleniu najądrzy, zapaleniu okołomacicznym, zapaleniu gruczołów Bartoliniego Uliron leczył równie szybko jak w przypadkach rzeżączki niepowikłanej.

Właściwości rzeżączki kobiecej.

Dr H. Löhe, Dr K. Schölzke i *Dr D. Zürn,* Berlin (Med. Klin. 1938, Nr. 1).

Szczególną zaletą leczenia Ulironem rzeżączki u kobiet jest, że można je kontynuować w okresie miesiączkowania, a także u położnic, u których unika się występującego w tym okresie groźnego przejścia gonokoków do przydatków. U 5 kobiet, których odchody połogowe zawierały gonokoki, uzyskano w 4 przypadkach wyleczenie po pierwszym leczeniu dawką maksymalną, w 5. przypadku po drugim leczeniu.

Dr K. W. Schultze, (Deutsch. med. Wschr. 1938, Nr. 29).

Kobieta 24-letnia, cierpiąca od około półtora roku na upławy, zachorowała w 15 dni po porodzie na nieznaczne gorączkowe cierpienie, któremu towarzyszył półpasiec, wysypka, bóle w łokciu, w lewej ręce i w obu kolanach. Rozpoznano posocznicę gonokokową i stosowano bez wyniku przez 3 dni Prontosil; po podaniu Ulironu (1,5 g dziennie) ciepłota spadła, dolegliwości ustąpiły, a badanie wydzieliny pochwowej wykazało obecność licznych gonokoków. Podawanie w ciągu trzech dni 8,5 g Ulironu dało pozornie znaczne polepszenie, lecz po odstawieniu Ulironu objawy powróciły. 3 g Ulironu w ciągu trzech dni wywołały poprawę. Po krótkiej przerwie podano w ciągu 3 dni 12 g i w 11 dni później znowu 12 g. Zupełne wyleczenie uzyskano po stosowaniu z powodu wysypki wapnia, wstrzyknięć mleka i soli srebrowych. W ciągu całego leczenia otrzymała chora 35,5 g Ulironu. Następna, dłuższa obserwacja nie wykazała gonokoków.

Zapalenie rzeżączkowe sromu i pochwy.

Dr C. Fischer (Fortschr. Ther. 1937, z. 10).

W zapaleniu rzeżączkowym sromu i pochwy uzyskano następujące wyniki:

1. 5 lat. Przez 3 dni codziennie 6×0,25 g; nawrót; powtórne leczenie maksymalną dawką Ulironu. Wyleczenie.
2. 3 lata. 2 leczenia dawką maksymalną (4×0,25) w odstępach 14-dniowych. Wyleczenie.
3. 5 lat. Przez 3 dni 6×0,25 g. Szczepionka gonokokowa. Siarka. Leczenie dawką maksymalną Ulironu. Zniknięcie gonokoków.
4. 2 lata. Przez 3 dni codziennie 6×0,25 g. Dwa leczenia. Wyleczenie.

Poziom Ulironu we krwi i wydzielanie.

Dr Gertler, Wrocław (Klin. Wschr. 1938, Nr. 40).

Metodą *Hechta* i *Kühnana* przeprowadzono u chorych rzeżączkowych oznaczenie poziomu Ulironu we krwi i w moczu. Wyniki otrzymane tymi metodami były zgodne; w metodzie *Kühnana* używano zamiast kwasu trójchlorooctowego, alkohol, będący odczynnikiem strącającym i rozpuszczającym białko (roztwór dwumetyloaminobenzaldehydu w kwasie trójchlorooctowym jest niestały w temperaturze pokojowej). U chorych wyleczonych Ulironem udało się wykazać stały stosunek zachodzący między ilością Ulironu we krwi a ilościami wydzielonymi w moczu. W pierwszym dniu wolnym od Ulironu wynosił poziom jego we krwi przeciętnie 4,2 mg%, wydzielanie w moczu w dniu podania ostatniej dawki przeciętnie 642 mg, w pierwszym dniu wolnym od podawania Ulironu — 351 mg. Przypadki odporne na działanie Ulironu wykazały poziom jego we krwi w wysokości 2,4 mg%, podczas gdy wydzielanie w moczu wynosiło w dniu podania ostatniej dawki 555 mg a w następnym dniu — 370 mg. Przy wysypkach, spowodowanych przez Uliron, poziom jego we krwi był stosunkowo niski a wydzielanie słabsze.

Działania uboczne.

Dr C. Fischer (Z. f. ärztl. Fortb. 1938, Nr. 12).

Ponieważ *Fischer* nigdy nie stosował nadmiernych dawek, nie zauważył u swoich chorych zapaleń nerwowych, lecz widział je u chorych, którzy zażywali w ciągu 10 dni od 60—70 tabletek, czasami wbrew wskazaniom lekarskim. W leczeniu tych porażeń nerwu strzałkowego lub też splotu barkowego otrzymano lepsze wyniki przez autohemoterapię, niż przez podawanie witaminy B_1.

Dr Döllken (Derm. Wo. 1938, Nr. 44).

Działanie uboczne, spowodowane zbyt wysokimi dawkami Ulironu, objawiało się w postaci bólów głowy, zawrotów i przede wszystkim wysypek skórnych, które mogły być pochodzenia toksycznego lub alergicz-

nego. W przypadkach zapaleń nerwów przyczyną prawie wyłączną było podawanie za wysokich dawek. Do występowania takich zapaleń przyczynia się wysiłek fizyczny, doprowadzający do ujawnienia ukrytego dotychczas uszkodzenia. U chorych leczonych w szpitalach spotyka się dlatego o wiele mniej powikłań, niż u chorych leczonych ambulatoryjnie. Dotychczas nie zostało wyjaśnione, jaki wpływ wywiera odżywianie.

Stwierdzenie wyleczenia.

Dr C. Fischer (Z. f. ärztl. Fortb. 1938, z. 12).

W celu stwierdzenia wyleczenia wykonuje się prowokację bodźcami miejscowymi, wstrzyknięciami białka, szczepionką gonokokową, gorącymi kąpielami i dawkami alkoholu. Krytycznym okresem u kobiety są dnie 2. miesiączki po zaprzestaniu leczenia. W tym okresie należy chore badać bardzo dokładnie, również przy pomocy posiewów.

Dr H. Gottschalk (Derm. Wschr. 1938, Nr. 43).

W ostatnich czasach często stwierdzano, że osoby uznane przez lekarza, po przeprowadzeniu leczenia Ulironem, za zdrowe, przy badaniu kontrolnym, przeprowadzonym z jakichkolwiek przyczyn, uznawano za chore, mimo czystego moczu i braku wycieku. Tego rodzaju rzekome wyleczenia mogą wybitnie zaszkodzić leczeniu chemicznemu i podać w wątpliwość jego wyniki. Lekarze powinni więc przestrzegać bardzo dokładnie badań kontrolnych.

Prof. Dr Spiethoff, Lipsk (Derm. Wch. 1938, Nr. 43).

Spiethoff wskazuje również na ważne znaczenie badania posiewów dla stwierdzenia gonokoków. U kobiet, poddanych zdrowotnemu nadzorowi, stwierdzono gonokoki w 10%, u przychwyconych — w 40%, a u będących w kontroli po ukończeniu leczenia stwierdzono, mimo ujemnych wyników badań mikroskopowych, w 20% dodatnie wyniki badań na posiewach. Podobne wyniki podają *Neumann* (Derm. Wo. 1938, Nr. 10) *Bleier* i *Kaplan* (Derm. Wo. 1938, Nr. 17), *Erler* i *Schmitz* (Arch. Derm. Syph. 1938, t. 176).

Przeciwwskazania.

Dr C. Fischer, (Z. f. ärztl. Fortb. 1938, z. 12).

Fischer za przeciwwskazania uważa upadek sił, szczególnie u dzieci, u których należy uprzednio przeprowadzić ogólne leczenie wzmacniające, z podawaniem pożywienia bogatego w witaminy. Dalszym przeciwwskazaniem Ulironu jest równoczesne leczenie salvarsanem. Następ-

stwem skojarzonego leczenia są mdłości i żółtaczka. W chorobach nerek wskazana jest ostrożność. Gorsze ogólne wyniki mogą być spowodowane gorszą opieką nad chorymi ambulatoryjnymi, w przeciwieństwie do leczenia Ulironem od okresowych wahań w sposobie odżywiania. *Fischer* nie potwierdza tych spostrzeżeń; podawał on wprawdzie w okresie zimowym pożywienie jarskie, przeważnie surówkowe, z dużym dodatkiem witaminy C.

Wskazówki dla uniknięcia ujemnych wyników w leczeniu rzeżączki Ulironem.

Dr A. Glingar, Wiedeń (Med. Klin. 1938, Nr. 7).

W przypadkach ujemnych wyników leczenia rzeżączki Ulironem *Glingar* stwierdził przy pomocy endoskopii prawie zawsze małe zropiałe gruczoły w cewce moczowej, których nigdy nie zauważono u chorych skutecznie leczonych. Zrozumiałe jest, że przy ropieniu gruczołów podwyższenie dawki Ulironu nie da wyleczenia, lecz tylko powikłania. *Glingar* wielokrotnie udowodnił, że usunięcie przy pomocy przyżegania zropiałych gruczołów znosi t. zw. „odporność Ulironową", a Uliron powoduje wówczas szybkie wyleczenie. Szybkie znikanie ostrych objawów pod wpływem Ulironu umożliwia szybkie zastosowanie endoskopii. W pewnych przypadkach można ją wykonywać już w drugim, w większości przypadków w 4. dniu leczenia. Różnicowanie stwierdzonych zmian nie sprawia trudności, ponieważ odpada możliwość pomylenia ich ze zmianami błony śluzowej, wywołanymi przez drażniące wstrzyknięcia (Ag).

Dr Wagner i *Dr Pohlner*, Praga (Derm. Wschr. 1938, Nr. 27) otrzymali niezależnie od *Glingara* podobne wyniki. Stwierdzili doświadczalnie, że po zniknięciu gonokoków w cewce moczowej już po pierwszym leczeniu dawką maksymalną, mogą znajdować się jeszcze po czwartym leczeniu dawką maksymalną gonokoki w przewodach przycewkowych, których nie można zniszczyć za pomocą podwyższenia dawki Ulironu. Dopiero po zaniku przewodu Uliron powoduje wyleczenie. Z tych względów wykonuje *Wagner*, po zniknięciu gonokoków w wyniku drugiego leczenia dawką maksymalną, uretroskopię i ewentualnie niszczy przewody przycewkowe albo znajdujące się w stanie zapalnym gruczoły Littrégo.

Dr W. i *Dr K. Gennerich*, Kilonia (Derm. Wschr. 1938, Nr. 20), uważają, że słabe roztwory srebra (Albargin 1/2—1‰, związki srebra z taniną i inne) nie hamują oddziaływania ustroju na leczenie. Ujemny wynik Ulironu bywa spowodowany niewłaściwym użyciem roztworu srebra, za długim przetrzymywaniem (10 minut) względnie nadmiernym wypełnieniem cewki moczowej; takie zabiegi przyczyniają się do wytwarzania się nacieków, które utrudniają leczenie Ulironem. Wskazane jest jedynie krótkie przetrzymywanie (3, 5 minut i t. d.). Po 2—3 tygodniowym leczeniu miejscowym, rozpoczyna się leczenie Ulironem za pomocą dawek po 3—4 g przez 3 dni.

Dla podwyższenia tolerancji podaje się poprzednio witaminę + cukier gronowy.

Jako dalszą przyczynę ujemnych wyników Ulironu podał *Dr H. Weber*, Wiedeń (Klin. Wschr. 1938, Nr. 26), stosowanie nadmiernych dawek. Dla uniknięcia ujemnych wyników przedłużył on początkowo leczenie dawką maksymalną do 7 dni i otrzymał jeszcze gorsze wyniki. Do tego dołączyły się działania uboczne. Gorsze działanie wyższych dawek Ulironu tłumaczy się zachowaniem się obrazu krwi. U wszystkich chorych, którzy poddani zostali leczeniu dawką maksymalną w ciągu 7 dni, stwierdzono spadek leukocytów na 5000—3000—2600, częściowo z przesunięciem na lewo: takie zniszczenie sił obronnych nie może nigdy sprzyjać leczeniu rzeżączki. W 3-dniowym leczeniu dawką maksymalną występuje lekka leukocytoza i limfocytoza, które należy uważać za sprzyjające gotowości ustroju do leczenia. W 7-dniowym leczeniu dawką maksymalną przedłuża się również wydzielanie Ulironu w moczu. Nie wszyscy chorzy rzeżączkowi, którzy przeszli 7-dniowe leczenie dawką maksymalną, wykazywali zmiany w obrazie krwi, lecz tam, gdzie nie uzyskano wyleczenia, stwierdził *Weber* wspomniane zaburzenia w tym obrazie. W celu uzyskania wyniku w leczeniu rzeżączki Ulironem, należy również na to zważać, aby okres bodźcowy rozpocząć dopiero w kilka dni po rozpoczęciu leczenia dawką maksymalną Ulironu, ponieważ w przeciwnym razie przeszkadza się przebiegowi leczenia.

Löhe (Derm. Woch. 1938, Nr. 37) stwierdził w poprzednio wykonywanym 7-dniowym leczeniu dawką maksymalną wyraźny spadek ilości leukocytów

Dr Gertler, Wrocław (Klin. Wch. 1938, Nr. 40).

Przyczyną t. zw. odporności Ulironowej może być poza mniejszą zdolnością wchłaniania, również silniejsze wydzielanie. Uodpornienie się przeciw Ulironowi w czasie jego podawania, może być farmakologicznie określone jako pogorszenie wchłaniania.

Gensler, (D. Milit. Arzt. 1938, Nr. 10).

W przypadkach rzeżączki stwierdza się zazwyczaj przed rozpoczęciem leczenia Ulironem leukocytozę i przyspieszenie opadania krwinek czerwonych. Oba objawy stają się pod wpływem Ulironu prawidłowe. W przypadkach, w których stwierdza się brak leukocytozy i opadania krwinewk czerwonych, leczenie Ulironem nie posiada żadnej wartości. Przestrojenie ustroju należy według *Schreusa* przeprowadzać przy pomocy szczepionki gonokokowej; leczenie maksymalną dawką Ulironu odpowiada 16 g = 4 dni po 4 g. Do przepłukiwań używa się $KMnO_4$ i inne. O ile zastosujemy Uliron po uprzednim przestrojeniu ustroju szczepionką, wynik jest pewny. Uliron leczy również, przy poprzednim zastosowaniu sztucznie wywołanej ciepłoty, nieswoiste zapalenie cewki moczowej.

Dr BARTOSZEK i Dr IRENA OSTROWSKA, I Oddział chor. wewn. Szpitala Przemienia Pańskiego w Warszawie.

O WARTOŚCI LECZNICZEJ CAMPOLONU W LECZENIU NIEDOKRWISTOŚCI WTÓRNEJ I ZŁOŚLIWEJ

Materiał obejmuje 30 przypadków niedokrwistości wtórnej oraz 20 przypadków niedokrwistości złośliwej. Poza tym 2 przypadki zapalenia pęcherzyka żółciowego na tle kamicy z żółtaczką, ogółem 52 przypadki. Zasadniczo dawkowano w następujący sposób: w przypadkach ciężkich 2×dziennie 2 cm^3 Campolonu; po osiągnięciu poprawy 1×dziennie 2 cm^3 Campolonu, w przypadkach lżejszych 1×dziennie 2 cm^3 Campolonu.

Wtórne niedokrwistości:

B. dzieli zasadniczo przypadki na dwie grupy:

I. Niedokrwistości wtórne powstające szybko na skutek dłuższych krwawień;

II. Wolno powstałe niedokrwistości wtórne:
   a) niedokrwistości jako następstwa ostrych schorzeń gorączkowych,
   b) niedokrwistości wywołane dłuższymi, wyczerpującymi schorzeniami.

Grupa I.

Najlepsze wyniki otrzymano w przypadkach niedokrwistości powstałych na tle krwawień z guzów krwawiących oraz krwawień górnego odcinka przewodu pokarmowego. Dzienny przyrost ciałek czerwonych wynosił od 62 000 do 170 000. Wzrost ilości hemoglobiny był wolniejszy. W dwóch przypadkach stwierdzono niedokrwistość hiperchromatyczną; w 3 przypadkach hipochromatyczną. Przełom retikulocytów występował przeciętnie 6.—8. dnia. Liczba płytek wzrosła w jednym przypadku z 26 000 na 140 000, w innym z 42 000 na 86 000. Czas leczenia trwał od 3 do 4 tygodni.

Ilość ciałek białych wzrastała wówczas, gdy wartość początkowa była mała (w jednym przypadku z 4200 na 6800). Obraz morfologiczny białych ciałek krwi nie ulegał większym wahaniom (pominąwszy limfocytozę).

W przypadku dotyczącym chorego z niedorkwistością wtórną, wywołaną przez krwawiący wrzód żołądka z jednocześnie występującym zwyrodnieniem nowotworowym, dzienny przyrost ciałek czerwonych wynosił od 31 000 do 50 000, mimo, że w czasie leczenia stwierdzano krew w kale. W przypadku krwawienia z części rodnych stwierdzono znaczny przyrost ciałek czerwonych, a mianowicie: w ciągu trzech tygodni

z 1 680 000 na 3 800 000 (dziennie 166 000). Przełom retikulocytów w 10. dniu. Wzrost trombocytów z 32 000 na 180 000.

W grupie IIa (niedokrwistości wtórne w następstwie ostrych schorzeń gorączkowych), obejmującej 5 przypadków, stwierdził *Bartoszek* dzienny przyrost krwinek czerwonych od 50 000 do 158 000. W przypadku niedokrwistości wywołanej czerwiwością, dzienny przyrost krwinek czerwonych wynosił od 104 000 do 240 000. *Bartoszek* stwierdził, że w przypadkach *grupy IIa* początkowy dzienny przyrost stopniowo wzrastał, podczas gdy w przypadkach *grupy I* początkowy dzienny przyrost był większy a następnie stale się zmniejszał. Najgorzej oddziaływały na leczenie przypadki *grupy IIb* (niedokrwistości wtórne jako skutek długotrwałych schorzeń, trzy przypadki). W przypadkach zapalenia wsierdzia dzienny przyrost ciałek czerwonych wynosił do 88 000. W przypadku długotrwałego zapalenia nerek dzienny przyrost wynosił 142 000, przełom retikulocytów występował 8. dnia. W przypadku zaniku starczego oraz w przypadku zatrucia ołowiem, Campolon działał korzystnie. Dzienny przyrost krwinek czerwonych wynosił od 64 000 do 65 000. We wszystkich przypadkach tej grupy zawartość hemoglobiny podnosiła się o 12—16% w ciągu 3—4 tygodni. Ilość płytek krwi (oprócz jednego przypadku, w którym wzrosła w ciągu 20 dni z 112 000 na 310 000) wzrastała bardzo nieznacznie. Liczba retikulocytów wzrastała równomiernie z liczbą ciałek czerwonych.

Obraz morfologiczny białych ciałek krwi zależał od rodzaju głównego schorzenia. Campolon zasadniczo normalizuje liczbę białych ciałek. Na podstawie wyników leczniczych, otrzymanych *w grupie I i II, Bartoszek* wysuwa wniosek, że Campolon powoduje ilościowo zwiększenie się czerwonych ciałek krwi, hemoglobiny oraz retikulocytów i płytek krwi. W przypadkach, w których poziom białych ciałek opadł poniżej prawidłowego, Campolon podnosił go odpowiednio. Szczególnie korzystne działanie wykazywał Campolon w niedokrwistościach wtórnych, wywołanych przez silne krwawienia. Słabsze wyniki otrzymano w niedokrwistościach wtórnych, wywołanych przez długotrwałe schorzenia, zwłaszcza w przypadkach trawiącego zapalenia wsierdzia. *Bartoszek* próbował stosować Campolon w dwóch przypadkach żółtaczki.

1. przypadek. Chory przyjęty do szpitala z powodu silnych bólów w podbrzuszu prawym i żółtaczki. Stan odżywienia dobry, skóra i spojówki żółto zabarwione; język wilgotny, brunatno obłożony, tętno 80, miernie napięte i wypełnione, odczyn *Chełmońskiego* wyraźnie dodatni. Narządy moczowe i układ nerwowy bez zmian. Mocz zawiera barwniki żółciowe, poza tym jest prawidłowy. *Westergreen* 22 na godzinę. Erytrocyty: 4.100.000; Hb 92%; wskaźnik 1,1; ciałko białe: 6.700; eozynofilii: 65%; bazofilnych: 6%;limfocytów 15%; monocytów 1%. Czas krwawienia 4 minuty; czas krzepnienia 9,5 minut; cholecystografia — brak wypełnienia pęcherzyka żółciowego. Odczyn *Hymans — van der Bargha* dodatni. Zgłębnikowanie dwunastnicy mimo kilkakrotnych prób nie wykazało żółci A i B (w ciągu 3 tygodni 5 x). Żółtaczka utrzymuje się, stolec odbarwiony. Po 23-dniowym bezskutecznym leczeniu różnymi lekami otrzymuje chory codziennie po 2 cm^3 Campolonu. W 3 dni po pierwszym wstrzyknięciu Campolonu otrzymano zgłębnikiem żółć A, a zgłębnikowanie dwunastnicy w 10.

dniu leczenia Campolonem wykazało obecność żółci A i B. W 15 dni po pierwszym wstrzyknięciu Campolonu chory został wyleczony z żółtaczki. Rozpoznanie: Cholecystitis calculosa cum ictero. Zupełnie podobny był przebieg drugiego przypadku, który wyleczono Campolonem w ciągu 13 dni, podczas gdy 19-dniowe uprzednie leczenie innymi lekami nie odniosło żadnego skutku. Dodatnie wyniki leczenia Campolonem powyższych przypadków tłumaczy *Bartoszek* zarówno korzystnym działaniem, jakie ten lek wywiera na wrażliwość błony śluzowej, ułatwiając tym samym wydzielanie żółci, jak i możliwością wpływania na wytwarzanie się żółci.

Campolon w niedokrwistości złośliwej.

Codzienny przyrost czerwonych ciałek krwi wahał się w niedokrwistości złośliwej od 80 000 do 200 000, przy czym początkowy przyrost był wyższy, aniżeli pod koniec okresu leczenia. W ciężkich przypadkach, w których ilość ciałek czerwonych wynosiła poniżej 1 000 000, łączono leczenie Campolonem z przetaczaniem krwi, co wyraźnie przyspieszało wzrost ciałek czerwonych (w jednym przypadku przed przetaczaniem dzienny przyrost wynosił 11 800, po przetaczaniu — 290 000). Łącząc Campolon z innymi lekami chemicznymi, nie uzyskał *Bartoszek* dobrych wyników, gdyż przyrost po wyłącznym podaniu Campolonu wynosił dziennie 220 000, a po podawaniu innych leków chemicznych, tylko 34 000. Przełom retikulocytów występował 6.—10. dnia, czasami już po 4—5 dniach. W wyjątkowych przypadkach stwierdzono go później (25.—40. dzień). Autor podkreśla, że liczba ciałek czerwonych wzrastała szybciej niż zawartość hemoglobiny. W przypadkach niedokrwistości złośliwej, połączonej z myelozą powrózkową, nie otrzymano dodatnich wyników, pomimo stosowania Campolonu i Betaxiny. W celu stwierdzenia wartości Campolonu w porównaniu z innymi przetworami wątrobowymi, leczono kilka przypadków w ten sposób, że przy codziennym sprawdzaniu obrazu krwi, podawano czasem Campolon, czasami zaś inne przetwory wątrobowe. W jednym przypadku codzienny przyrost ciałek czerwonych wynosił pod wpływem Campolonu w ciągu 8 dni po 180 000. Po 15-dniowym podawaniu innego przetworu wątrobowego, opadł codzienny przyrost na 50 000. Po powtórnym przejściu na Campolon, przyrost dzienny podniósł się do 180 000. Kilkakrotne przejście na inne przetwory wątrobowe ponownie spowodowały w ciągu 9 dni spadek dziennego przyrostu na 70 600. Podobne wyniki otrzymano w dwóch innych przypadkach, w których stosowano obok Campolonu inne przetwory wątrobowe.

Dr A. OBERHEIDE, Klinika Chirurgiczna w Rostocku.

BADANIA KLINICZNE SUPRIFENU

(Ref. wg. rozprawy, Rostock, 1937).

U różnych chorych przeprowadzono około 80 pomiarów ciśnienia krwi oraz obliczeń tętna przed i po podaniu Suprifenu; w 85—90% wykazano najwcześniej po upływie 20 minut od chwili podania 20 kropli Suprifenu wyraźne wzmożenie tętna oraz podwyższenie ciśnienia krwi.

Ciśnienie krwi osiąga po 30—50 minutach najwyższy poziom i utrzymuje się przez około 2—3 godzin, powracające najpóźniej po 10 godzinach do pierwotnej wysokości. Najwyższy wzrost ciśnienia skurczowego krwi wynosił 20 mg Hg, ciśnienie rozkurczowe wykazywało zmienne wartości. Liczba tętna wzrastała przeciętnie o 15 uderzeń na minutę. U 3 chorych z ciężkimi organicznymi uszkodzeniami serca wystąpiły silniejsze działania uboczne, objawiające się niepokojem, drżenem, potami oraz częściową niemiarowością i silniejszym wzrostem tętna. Przy dożylnym podawaniu Suprifenu działanie występowało w odpowiednio krótszym czasie. Dożylne podawanie nie jest jednak na ogół potrzebne, ponieważ przeważnie pożądana jest ciągłość działania na napięcie krążenia obwodowego. Suprifen wywołuje dość często polepszenie nastroju, połączone z lekkim niepokojem ruchowym, uczuciem gorąca oraz zmniejszeniem potrzeby snu. Suprifen należy stosować: w niedomodze naczyń, w celu zapobiegania i leczenia pooperacyjnego zapadu, zakrzepów, w przypadkach niedociśnienia w przebiegu chorób zakaźnych, w zapaleniu płuc i inn.

A. POHL, Klinika chorób kobiecych, Celle.

JAKĄ WARTOŚĆ POSIADA ZAPOBIEGAWCZE PODAWANIE PRONTOSILU PRZY RĘCZNYM ODDZIELANIU ŁOŻYSKA

(Ref. z Med. Klin. 1939, Nr. 11, 346).

Celem zbadania zapobiegawczej wartości leczniczej Prontosilu w okresie połogu, stosował *Pohl* Prontosil w przypadkach ręcznego oddzielania łożyska, w których często powstaje posocznica połogowa. Natychmiast po urodzeniu podaje *Pohl* 10 cm³ Prontosilu solubile dopośladkowo, względnie 5 cm³ 5% roztworu. *Pohl* doradza, aby w razie pojawienia się cuchnących wód płodowych, podawać przez 4 dni po 3 tabletki Prontosilu. Wyniki podaje następująca tablica:

	Ilość kobiet	Dnie połogowe	Bez gorączki	Zastój wód płodowych	Zapalenie błony śluzowej macicy	Zapalenie żył	Posocznica
Ręczne oddzielanie łożyska jako jedyny zabieg operacyjny.							
Z Prontosilem	36	13,5	31	5	—	—	—
Bez Prontosilu	36	15,3	28	4	2	2 (1†)	—
Ręczne oddzielanie łożyska w połączeniu z innymi zabiegami pochwowymi.							
Z Prontosilem	10	14,1	9	—	1	—	—
Bez Prontosilu	24	18	13	3	5	1	1 (†)

Zapobiegawcza dawka Prontosilu chroniła przed poważnymi zakażeniami również w przypadkach ręcznego oddzielania łożyska. Kobiety, którym stosowano zapobiegawczo Prontosil, opuszczały klinikę tak szybko jak położnice po porodzie samorodnym.

Pohl stosował zapobiegawcze leczenie Prontosilem również kobietom gorączkującym przed porodem, w ciężkich porodach kleszczowych, przy pęknięciu krocza III stopnia, jak też kobietom, którym wykonano w nie sprzyjających okolicznościach cięcie carskie. *Pohl* odniósł wrażenie, że przyniosło to leczonym duże korzyści, nie można jednak wobec skąpego materiału podać danych liczbowych.

A. BOSSE i G. BOSSE, Lecznica w Wittenbergu.

MIEJSCOWE UŻYCIE PRONTOSILU W CHIRURGII

(Ref. z Münch. Med. Wschr. 1938, 22).

W ciągu ostatnich trzech lat *Bosse* stosował miejscowo Prontosil przeszło 3000 chorym. Tylko 3 chorych zmarło, z tego jeden na cukrzycę z ropowicą oraz dwie kobiety z posocznicą połogową. Prontosil może pomóc tylko w tych przypadkach, w których ustrój posiada zdolności obronne. W występujących często zakażeniach ran, spowodowanych przez gronkowce i paciorkowce, używał *Bosse* jedynie Prontosil i stwierdził, że Prontosil rubrum tamuje krwawienia, a Prontosil album i solubile zmniejsza krzepliwość. Do tamowania płaszczyznowych krwawień używał *Bosse* Prontosilu z cukrem mlekowym (Prontosil 10 [1]), Sacch. lact. ad 100). Tak np. po nacięciu sutka w stanie zapalnym, wypełnia jamę rany Prontosilem z cukrem mlekowym, pokrywa płatkiem gazy, zwilżonym w roztworze Ulironu, i nakłada na to maść ulironową. Opatrunku można nie zmieniać przez 8 dni. W podobny sposób postępuje się w przypadkach ropni, ropowic i zanokcic, uzyskując szybkie zatamowanie wydzielania. Prontosil nie posiada właściwości nabłonkotwórczych; w razie potrzeby stosujemy w tym celu 5—10%-ową maść ulironowo-wątrobową. *Bosse* rzadko kiedy nacina karbunkuły, czyraki, a nawet duże karkowe karbunkuły, lecz pokrywa je maścią ulironową lub prontosilową. Ponieważ wyłączne leczenie maściami może spowodować zakażenie maziste, należy daną okolicę skóry pędzlować roztworem Prontosilu (Prontosilu rubrum 4, alokohol 90% i aceton ana ad 100). W ten sposób leczą się przy kilkakrotnym dziennym pędzlowaniu czyraki wargi górnej i nosa, jak również lekkie przypadki róży, a jedynie wówczas, gdy istnieje niebezpieczeństwo rozszerzania się choroby drogami chłonnymi, podaje *Bosse* Prontosil w tabletkach. Roztwór alkoholowo-acetonowy Prontosilu goi szybko małe przypadkowe ranki, ropienia powięzi po przecięciu skóry

[1]) Prontosilu w proszku do recept nie ma na rynku polskim.

oraz zakażenia pępkowe u noworodków. Jego palące działanie na ranę podobne jest do działania roztworu jodu. W przypadkach ropnych jam, ropniaków stawów, klatki piersiowej, oraz w ropnym zapaleniu otrzewnej stosuje się po usunięciu ropy 5—20 cm^3 5⁰/₀ Prontosilu solubile; następuje szybka poprawa. Doświadczenia *Bossego* na materiale przeszło 3000 chorych, skłaniają go do zalecania Prontosilu także w tych przypadkach, w których pierwszy opatrunek zostaje wykonany przez sanitariusza. Po powierzchownym oczyszczeniu rany, powinno się na ranę nalać nieco roztworu Prontosilu, względnie w razie krwawienia wypełnić ją Prontosilem z cukrem mlekowym; na ranę nakłada się tampon z gazy zwilżony w Ulironie, w pewnych przypadkach — maść ulironową-wątrobową. W przypadkach ran stawów i ścięgien wlewa się Prontosil solubile do jamy rany i pokrywa maścią ulironowo-tranową.

Dr H. AHRINGSMANN, Hamburg.

WYLECZENIE PRONTOSILEM CHOROBY BANGA

(Ref. wedł. Münch. Med. Wschr. 1937, Nr. 45).

33-letni mleczarz zachorował; objawy: kaszel, katar, bóle szyi, osłabienie i bóle kończyn. W płucach nie spostrzeżono zmian. Przy gorączce 39⁰ chory nie miał złego samopoczucia. Gorączka 39⁰ trwała przeszło 10 dni. Mleczarz pił codziennie surowe mleko. Rozpoznanie zakażenia Banga postawiono na podstawie przeprowadzonej próby aglutynacji. W 45. dniu choroby zaczęto podawać 3 razy dziennie po jednej tabletce Prontosilu; już w pierwszym dniu gorączka zmniejszyła się, ustąpiła jednak dopiero 7. dnia i odtąd nie powróciła. Chory zażywał początkowo przez dwa tygodnie codziennie po 3, następnie przez tydzień po 2 i jeszcze przez tydzień po jednej tabletce Prontosilu. Od dłuższego czasu chory pracuje znów w swoim zawodzie; próba aglutynacji Banga daje obecnie wynik ujemny. — *Jacobsen* doniósł *Ahringsmannowi* o drugim przypadku wyleczenia choroby Banga Prontosilem:

28-letni rzeźnik zgłosił się do lekarza dnia 7.3.37 r., ponieważ miał od dwóch czy trzech tygodni gorączkę, połączoną ze złym samopoczuciem, z bólami głowy, z brakiem łaknienia, zniechęceniem i uczuciem zimna. Badanie: silny mężczyzna, dobrze odżywiany. Gardło lekko zaczerwienione. Lekki nieżyt oskrzeli, śledziona wyraźnie macalna, ciepłota 39,8⁰. — 9.3.37: aglutynacja na Banga dodatnia, aż do 1:2000. Pod wpływem Prontosilu gorączka w ciągu jednego tygodnia stopniowo spadła (3 razy dziennie po jednej tabletce Prontosilu). Kontrola, przeprowadzona w ciągu 5 miesięcy, nie wykazała nawrotu. Ciekawy jest przebieg aglutynacji: 9.3.37: 1:2000 dodatni; 6.4.37: 1:1000 dodatni. 11.5.37; 1:1000 słabo dodatni. 18.6.37; 1:200 słabo dodatni. 3.8.37 ujemny.

Dalsze doniesienia, stwierdzające wyleczenie Prontosilem zakażenia Banga, ogłosili drukiem *Berger* i *Schnetz* (Med. Klin. 1937, Nr. 18) i *Suchier* (Fortschr. Ther. 1937, Nr. 5). Lecznicze działanie Prontosilu w zakażeniu Banga nasuwa możliwość zastosowania go w pokrewnej cho-

robie — w tyfusie. Podobną próbę wykonał *Kiewe* (Clin. Excerpts, 1936, Nr. 8/9), który chorego niebezpiecznie od kilku tygodni na tyfus uratował, lecząc chorobę w ciągu 8—10 dni wstrzyknięciem Prontosilu solubile.

Prof. Dr H. FLIEGE i Dr H. HEUSER, Instytut Dentystyczny, Marburg.

W SPRAWIE LECZENIA WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JAMY USTNEJ PRZY POMOCY YATRENU

(Ref. wedł. Dtsch. Zahnärztl. Wschr. 1937, Nr. 19).

Odpowiednie miejscowe leczenie (Yatren) zwalcza kliniczne objawy wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej. Leczenia miejscowego nie wolno w żadnym wypadku zaniechać.

Wrzody wysusza się wacikami i dmuchawką powietrzną, a powierzchnie wrzodów skrapia się 15% roztworem wody utlenionej w celu zapobieżenia zakażeniu. Następnie usuwa się waciki, przepłukuje się chore miejsca i osusza się je powtórnie bardzo dokładnie. Intensywne pudrowanie Yatrenem z następowym dodaniem kroplami wody, która rozpuszczony proszek wprowadza do wrzodziejących kieszonek. Nie należy więcej płukać. Tego rodzaju leczenie należy powtarzać codziennie dwa razy.

Szczególną uwagę zwrócić należy na uniemożliwienie dostępu śliny, która utrudnia i osłabia działanie Yatrenu. Konieczny jest zakaz palenia i picia alkoholu, używania ostrych potraw i korzeni, posługiwania się szczoteczką do zębów. Usta należy płukać lekiem ściągającym. Kamień nazębny usuwa się później.

Yatren działa skutecznie i najczęściej daje wyleczenie nie tylko ostrej, ale również przewlekłej względnie podostrej postaci wrzodów jamy ustnej.

Można przyjąć, że przeważna ilość przewlekłych i uporczywych schorzeń błony śluzowej i jamy ustnej powstaje wskutek nieodpowiedniego, względnie zaniedbanego leczenia; przykład:

H. M. z K; lat 15; w sierpniu 1935 bóle i ropienie w prawej szczęce dolnej wskutek utrudnionego przebicia się zęba mądrości. Usunięto go w Klinice Chirurgicznej w G. Po 3 tygodniach pojawiły się ropne ogniska w obrębie niezupełnie zagojonej rany po wyrwanym zębie i nieprzyjemna woń z jamy ustnej. Leczenie krótkimi falami nie dało wyniku — stwierdzono pogorszenie i powiększenie się szczękościsku. Przejście ognisk ropnych na inne części błony śluzowej jamy usnej. 27.I.36 przyjęto chorego na Klinikę Dentystyczną w Marburgu. Brodawki w obrębie schorzałych dziąseł zupełnie zniknęły, szyjki zębów odsłonięte, zęby mniej lub więcej obluźnione. Na błonie śluzowej prawego i lewego policzka, w przedsionku jamy ustnej oraz na języku liczne odciskowe wrzody. Silny ślinotok, bardzo znaczny szczękościsk, kamień nazębny. Przyjmowanie pokarmów prawie niemożliwe. Wyleczenie Yatrenem. W ciągu 5 dni zniknęły odciskowe wrzody. Przyjmowanie pokarmów ułatwione, stan ogólny wybitnie się poprawia.

Jak długo trwa ostry stan zapalny nie wolno usuwać zębów ani nawet kamienia nazębnego, ponieważ ostre zapalenie może łatwo przejść na okolice rany i tam rozwinąć się w postać ciężką, trudną do wyleczenia.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Vogan stosowany u nosicieli zarazków błonicy.

U nosiciela zarazków błonicy, leczonego bez skutku przez 3 tygodnie Trypaflaviną, udało się przez zastosowanie zaleconego przez *Catela* (Med. Welt. 1937, Nr. 36) leczenia Voganem, w krótkim czasie zupełnie zniszczyć zarazki. Rozmazy z migdałków, pobierane w tygodniowych odstępach przed leczeniem Voganem, zawierały 5-krotnie zarazki błonicy. Po 8-dniowym leczeniu Voganem (codziennie 3×10 kropli doustnie i 3×1 kroplę donosowo) chory pozbył się zarazków. Dwa następujące po sobie rozmazy również nie zawierały zarazków.

Inne dziecko otrzymało Vogan w wyżej podany sposób po zniknięciu błoniczych objawów gardzielowych. Dwa rozmazy stały się natychmiast ujemne. Dwa następujące rozmazy z migdałków, badane w ciągu tygodnia, wykazały obecność zarazków błoniczych. Trzy następne rozmazy były wolne od zarazków błoniczych. Dziecko poza tym zapadło na pobłonicze porażenie podniebienia miękkiego; porażenie cofnęło się powoli pod wpływem leczenia Betaxiną „forte".

Dr Hermann, Jöllenbeck.

Ther. Ber. 1938, z. 11

Pooperacyjne zatrzymanie moczu.

Dwie grupy chorych, liczące po 12 osób, które cierpiały na utrzymujące się od 12 godzin pooperacyjne zatrzymanie moczu, otrzymały podskórnie po 1 cm³ Esmodilu, względnie po 1 cm³ destylowanej wody. Po godzinie spośród 12 leczonych Esmodilem, oddało mocz 9, z grupy kontrolnej tylko 1 chory. Po zastosowaniu Esmodilu, przeciętny przeciąg czasu, potrzebny do pobudzenia wydzielania się moczu, wynosił 23 minuty.

Dr I. H. Bolton i *I. G. Brown*,

Melbourne (Roy. Melb. Hosp. Clin. Rep. 1937, t. 8).

Wypadek zatrucia Suprareniną.

Błędne zrozumienie niejasnego określenia: „0,5% roztwór Novocain-Suprarenin", spowodowało śmiertelne zatrucie. Lekarz zażądał tego rodzaju roztworu telefonicznie za pośrednictwem pielęgniarki; aptekarz zapytał, czy chodzi o ½% roztwór Novocainy w 1‰ roztworze Suprareniny. Pielęgniarka potwierdziła, aptekarz zaś w przeświadczeniu, że roztwór będzie jeszcze powtórnie rozcieńczony, dał 50 cm³ 1‰ roztworu Suprareniny, zawierającej 0,25 g Novocainy i oznaczył lek dokładną sygnaturą; lekarz prawdopodobnie nie przeczytał sygnatury i wstrzyknął chorej 30 cm³ tego roztworu; chora po otrzymaniu dawki 30 mg Suprareniny natychmiast zmarła.

W piśmiennictwie znajdują się dalsze wzmianki o tego rodzaju błędnym tłumaczeniu recept.

Dla uniknięcia na przyszłość takich wypadków, przypominamy sposób prawidłowego zapisywania roztworów Novocainy z Suprareniną (D. Apoth. Ztg. 1934, Nr. 99):

1. Novocaini hydrochlorici 0,1
Aq. dest. sterilis. (albo
Sol. Natr. chlor. physiol. sterilis.) 20,0
Adde Sol. Suprarenini hydrochlor.
(1:1000) gtts. II (albo III)

D. S. $^1/_2$% roztwór Novocainy z dodaniem Suprareniny.

2. Novocaini hydrochlor. 0,3
Sol. Natr. chlor. physiol. 30,0
M. Sterilisa!
Adde Sol. Suprarenini hydrochlor.
(1:1000) gtt. V

D. S. 1% roztwór Novocainy z dodaniem Suprareniny.

3. Novocaini hydrochlor. 1,0
Sol. Natr. chlor. physiol. 50,0
Sol. Suprarenini hydrochlor.
(1:1000) gtt. VIII

M. D. S. 2% roztwór Novocainy z dodaniem Suprareniny.

4. 1% roztwór Novocainy 30,0 z dodaniem Suprareniny (5 kr. 1:1000).

M. D. S. Do rąk lekarza.

Dr F. Diepenbrock, Berlin.
(Dtsch. Apoth. Ztg. 1938, Nr. 37)

W sprawie leczenia zapalenia ucha.

Autor od 3 lat używa Zephirol w praktyce usznej (1 łyżeczka do kawy Zephirolu na $^1/_2$ litra wody o ciepłocie 38°). Doszedł do przekonania, że tym roztworem można uzyskać osuszenie ucha nawet w rozpaczliwych przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego. Znika conajmniej nieprzyjemny zapach z ucha, a często wydzielanie zupełnie ustaje. Dotyczy to w szczególności przewlekłego ropienia błony śluzowej, a czasami przewlekłego ropienia ze zniszczeniem budowy kostnej. Leczenie przeprowadza się w ten sposób, że chory sam albo przy pomocy osób z otoczenia przepłukuje ucho codziennie dwa razy roztworem Zephirolu.

Doc. Dr W. Kindler,
Miejski Szpital Solingen.
(Th. Ber. 1938.2.11)

Zapobieganie za pomocą Prontosilu.

Po stwierdzeniu przez najrozmaitszych lekarzy niewątpliwie korzystnego reagowania posocznicy połogowej na leczenie Prontosilem, autor zastosował podawanie Prontosilu w praktyce położniczej w każdym przypadku przypuszczalnego zakażenia. Prontosil podaje się w postaci tabletek, najczęściej 3 razy dziennie po 1 tabletce natychmiast po odbytym porodzie, w każdym przedwczesnym pęknięciu pęcherza, w każdym porodzie kleszczowym i w każdym pęknięciu krocza.

Kilka przykładów:

1. Kobieta R. M. 31 lat. Ciężki poród w położeniu czołowym. Wydzielenie 10 godzin. Duże pęknięcie szyjki. Natychmiast 3 razy dziennie 0,3 g Prontosilu. Po 15 dniach wypisana jako zdrowa.

2. Kobieta E. P. 38 lat. Krwawienie przed porodem. Podejrzewa się łożysko obrzeżone. Podobna dawka Prontosilu. Trzeciego dnia wystąpiło częściowe porażenie trzew, przypuszczalnie na podłożu zakaźnym. Po podaniu Esmodilu szybka poprawa. Wypisana po 13 dniach.

3. Kobieta E. C. 26 lat. Przyjęta z gorączką. Pęknięcie pęcherza przed 16 godzinami 3×0,3 g Prontosilu, pomimo to zapalenie przymaciczne. Wypisana po 21 dniach.

4. Paulina H. 30-letnia pierworódka. Ciężki poród kleszczowy. Waga noworodka 4200 g. Prontosil 4 razy 0,3 g. Wypisana po 11 dniach.

5. Kobieta A. Z. 26 lat. Krocze bardzo silne, nie rozciąga się. Nacięcie krocza. Szew. Przebieg rany per primam. Prontosil 3 razy 0,3 g. Wypisana po 11 dniach.

6. Kobieta Kl. Sch. 28 lat. Przyjęta do szpitala z krwawieniem i gorączką. Natychmiast dawki Prontosilu. Po 4 dniach

wydalenie posoczniczego poronienia. Wytwarza się silna niedokrwistość. Wypisana po 19 dniach.

7. Kobieta E.L. 40 lat, przyjęta do szpitala z gorączką 39,9°. Usuwa się resztki poronienia. Dawki Prontosilu. Wypisana po 5 dniach.

8. Kobieta E. St. 23 lat. Pierworódka. Wąska miednica, przedwczesne pęknięcie pęcherza. Dawki Prontosilu. Po 8 dniach zapalenie gardła. Trwa 3 dni. Wypisana po 17 dniach.

9. Kobieta E. F. 28 lat. Poród prawidłowy. Łożysko przyrosłe, ręczne oddzielenie. Dawki Prontosilu. Prawidłowy przebieg. Wypisana po 11 dniach.

10. Kobieta E. L. 32 lat, pierwiastka. Pęknięcie pęcherza o godzinie 17. Kleszcze następnego ranka ze wskazania matki i dziecka, znaczny upływ krwi. Prontosil domięśniowo i doustnie. Silna niedokrwistość wtórna. Wypisana po 15 dniach.

11. Kobieta M. Str. 26 lat, pierworódka. Prawidłowy poród z opóźnionym okresem wydalenia. Pęknięcie krocza II. do III. stopnia. Zeszycie. Po Prontosilu, 3 razy 0,3 g, wstaje 9. dnia. Prawidłowy połóg.

Od czasu stosowania Prontosilu autor nie miał w swej praktyce przypadków ciężkiej gorączki połogowej. Odnosi się wrażenie, że zakażenie umiejscawia się i nie dochodzi do posocznicy.

Dr H. Rittenbruch, Versmold.

(Th. Ber. 1938.2.11)

Pijący płód.

U głupkowatej kobiety ma być przeprowadzone wyjałowienie i przerwanie ciąży w szóstym miesiącu. Na piętnaście godzin przed zabiegiem *Ehrhardt* wstrzyknął, po aspiracji 8 cm³ wody płodowej, do owodni — między pępek a spojenie łonowe — 8 cm³ koloidalnego toru. Przy rozcięciu udało się zachować płód w nietkniętym worku jajowym. Wykonane zdjęcia radiologiczne wykazały, że przeważna ilość środka kontrastującego znajduje się w przewodzie pokarmowym płodu. Z badania wynika, że płód w ciągu 15 godzin musiał wypić znaczne ilości wody płodowej. Ponieważ tor nie zostaje wchłonięty, pozostał w zwiększającym się stężeniu w przewodzie pokarmowym. Potwierdziły się badania doświadczalne *De Snoo* (Mschr. Geb. 1937, t. 105). Stwierdzono radiologicznie, że dziecko w okresie życia śródmacicznego stosunkowo wcześnie wypija znaczne ilości wody płodowej. Metoda ta umożliwia rozstrzygnięcie zagadnienia śródmacicznej śmierci płodu, względnie nieprawidłowości rozwojowych, powodujących uniemożliwienie łykania. Użycie wsysającego się środka kontrastującego mogłoby pozwolić na radiologiczne uwidocznienie ludzkiego łożyska i na wyjaśnienie zagadnienia płodowego wydzielania nerek. Istnieje też możliwość leczniczego oddziaływania na dziecko przy pomocy wstrzyknięć hormonów lub witamin do wód płodowych.

Prof. Dr K. Ehrhardt,
Klinika chorób kobiecych, Frankfurt n. Menem.

(Munch. med. Wch. 1937, Nr. 43)

Pośmiertne cięcie cesarskie w przypadku ciąży bliźniaczej.

Pośmiertne cięcie carskie pozwalało jeszcze względnie niedawno w nielicznych tylko przypadkach na wydobycie

dzieci żywych. Statystyka *Schopsa* i *Schwarza* (od r. 1836 — 1868) na 107, względnie na 90 takich rozwiązań, nie notuje ani jednego żywego dziecka. W 1916 r. *Harrar* podaje 10 pośmiertnych sztucznych porodów dziesięciorga dzieci, z których troje natychmiast zmarło, a tylko dwoje udało się utrzymać przy życiu.

W 1926 r. udało się *Julemu* wydobyć w przypadku ciąży bliźniaczej jedno dziecko żywe z nieżywej matki. Nie opisany dotychczas sztuczny poród 2 żyjących bliźniąt udał się przy pomocy pośmiertnego cięcia cesarskiego, dokonanego w Kingsville (Texas). 41-letnia octipara cierpiała na ciężkie niewyrównane schorzenie sercowo-naczyniowe. Ciężki napad spowodował śmierć, pomimo stosowania adrenaliny, kofeiny i t. p. Natychmiast wykonany zabieg wydobył zdrowego chłopca, a następnie w 7—8 minut po stwierdzonej śmierci matki, dziewczynkę z bardzo słabym tętnem. Obydwoje dzieci udało się utrzymać przy życiu. Ich obecny stan zdrowia jest bardzo dobry.

Dr D. A. Harrison, Dr J. H. Shelton i Dr C. M. Carrithers,

Kingsville-Texas (I. A. M. A. 1938, T. 110).

Leczenie dychawicy oskrzelowej Torantilem.

42-letnia kobieta, która zachorowała 22 lata temu na dychawicę, będącą skutkiem nadwrażliwości na kurze pióra, zaczęła wykazywać w dalszym przebiegu ogólną nadwrażliwość. Napad dusznicy występował na skutek pyłu domowego, mąki i t. p. lub na skutek przebywania z kurami lub kotami. W okresie sianożęcia napady były szczególnie częste. Zastosowano między innymi Torantil, niszczący histaminę (10 wstrzyknięć t. zn. po 2 tygodniowo, oraz 300 drażetek, po 3 dziennie); o ile przedtem występowało od 7—9 napadów tygodniowo, o tyle potem zauważono znaczne ich złagodzenie.

Dr Kolby.

Odense (Ugesk. f. Laeg. 1938, Nr. 31).

Przyczynek do chemii hormonu gruczołu tarczowego.

Według poglądu *Abelina*, hormon gruczołu tarczowego składa się z tyroksyny (uczynniacz) + globulina (nośnik). Zadziwiające jest, że w nadczynnym, niedoczynnym i prawidłowym gruczole tarczowym stwierdza się stale jednakową ilość tyroksyny; skąd wniosek, że należałoby szukać źródła zaburzeń czynnościowych w sposobie związania globuliny z tyroksyną. Przy dalszych badaniach okazało się, że ciało białkowe wykazuje prawdopodobnie odmiany: *Abelin* wykrył w jodtyreoglobulinie 3 cząsteczki białka, których zawartość jodu przedstawiała się jak 1:2:3, a mianowicie: 0,14%, 0,28%, 0,41% jodu. Pośrednia cząsteczka białka (z zawartością 0,28%) występowała w stanie prawidłowym najrzadziej. *Abelin* uważa, że przy badaniu niedoczynności i nadczynności gruczołu tarczowego, nie należy uważać jedynie na jod, względnie na tyroksynę, lecz szukać zaburzenia białkowego, którego zdolność wiązania jodu może się zmniejszyć lub zwiększyć.

Prof. Dr Abelin,
Instytut Fizjologji w Bernie.

(Schweiz. Med. Woch. 1938, Nr 29)

Nieswoisty odczyn Wassermanna we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, wywołany przez zarazek sienny (Bac. subtilis).

Błędne wyniki odczynu Wassermanna mogą być wywołane przez domieszki kwasów, ciał z nieodtłuszczonej waty, roztwory sody, alkohol, eter, karbol, jodynę, chloroform, zarazki, sole metalowe, jak bizmut i arsen oraz przez kwas

garbnikowy z korków. Zanieczyszczenie zarazkami może np. powstać przez używanie starych korków, zawierających zarazek sienny. Zarazki sienne powodują prawie stale dodatni wynik odczynu surowiczego. *Pohlner* zauważył wybitnie dodatni odczyn Wassermanna przy wprowadzeniu zarazka siennego do nieuczynnionej surowicy, mniej wyraźny przy zakażeniu czynnej surowicy, a brak odczynu przy zaszczepieniu zarazka siennego na pełnej krwi. Dużą rolę odgrywa naturalnie przeciąg czasu, w jakim odbywa się rozmnażanie zarazka siennego. Zalecane przez innych autorów dodawanie kwasu solnego dla uniknięcia rzekomo dodatnich wyników, powstrzymuje według badań *Pohlnera* tylko hamowanie właściwe a nie wywołany przez zarazek sienny rzekomo dodatni odczyn Wassermanna. Dla uniknięcia błędnych wyników, prowadzących do odpowiedzialnych wskazań lekarskich, należy ściśle przestrzegać jałowego pobierania krwi. O ile wynik badania jest wątpliwy, powinno laboratorium starać się wyhodować z pozostałej resztki krwi zarazek sienny. *Pohlner* udowodnił po raz pierwszy, że zarazek sienny może dać złudzenie dodatniego odczynu Wassermanna także w badaniach płynu mózgowo-rdzeniowego. Błędne wyniki mogą w praktyce zdarzać się częściej przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego, niż przy badaniu surowicy. W płynie mózgowo-rdzeniowym brak jest hamującego wpływu pełnej krwi. Ponieważ lekarz rzadko decyduje się na powtórzenie nakłucia lędźwiowego, należy przy pobieraniu płynu mózgowo-rdzeniowego uważać szczególnie na jałowość pracy i chłodne przechowywanie.

Dr Pohlner,
Dtsch. Forsch. Anst. f. Psych.
Monachium.

(Derm. Wo. 1938, Nr. 25)

UTWORZENIE IZBY ZDROWIA

W „Dz. Rozp." Gen. Gub. Nr 17 ogłoszono następujące rozporządzenie:

Na podstawie § 5 ust. 1 Dekretu Führer'a i Kanclerza Rzeszy Niemieckiej o Administracji okupowanych polskich obszarów z dnia 12 października 1939 r. (Dz. U. Rzeszy Niem. I str. 2077) rozporządzam:

§ 1. W celu opieki nad zdrowiem ludności w Generalnym Gubernatorstwie zakłada się Izbę Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, która ma swą siedzibę w Krakau (Krakowie).

§ 2. (1) Przynależnymi do Izby Zdrowia są wszyscy wykonujący w Generalnym Gubernatorstwie zawód lekarza, lekarza-dentysty, technika-dentysty, felczera i położnej.

(2) Przepis ust. 1 nie dotyczy osób w służbie Sił Zbrojnych, Waffen-SS i Policji.

§ 3. (1) Kierownikiem Izby Zdrowia jest Kierownik Wydziału Spraw Zdrowotnych przy Urzędzie Generalnego Gubernatora.

(2) Jego stałym zastępcą jest referent dla Izby Zdrowia w Wydziale Spraw Zdrowotnych.

§ 4. Posiadający niemiecką przynależność państwową oraz przynależni do niemieckiego narodu zostają objęci w Izbie Zdrowia specjalnymi grupami.

§ 5. Koszty konieczne będą pokrywane składkami przynależnych do Izby Zdrowia. Kierownik Izby Zdrowia wyda w porozumieniu w Kierownikiem Wydziału Finansów przy Urzędzie Generalnego Gubernatora ordynację składek.

§ 6. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie w czwartym dniu po ogłoszeniu.

Uroczyste otwarcie Izby Zdrowia nastąpiło w Krakowie w dniu 12 b. m.

Wydawca: Dom Handlowy „REMEDIA", Dr W. Römer i S-ka Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748. Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3. Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. w Warszawie, Czerniakowska 225.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE: